

Indirizzi regionali per l'attivazione delle Case della Comunità hub pilota (fase sperimentale)

Art. 1 Obiettivo, tempi e responsabilità aziendali

1. Fermi restando i vincoli e i target del Contratto istituzionale di sviluppo, ogni ASP, sulla base del programma di attuazione locale già valutato da Agenas, stabilisce con Delibera un cronoprogramma per l'attivazione funzionale completa della Casa della Comunità hub pilota, da avviare a partire dal 1° gennaio con un insieme qualificante di servizi e standard per concludersi entro giugno 2025 con tutti i servizi previsti. Nel primo semestre 2025 si procederà alla progressiva attivazione funzionale dei vari servizi secondo le modalità specificate dalle presenti Linee di indirizzo.
2. Il raggiungimento dell'obiettivo dell'avvio sperimentale dal 1° gennaio 2025 e poi della completa attivazione entro il 30 giugno 2025 è attestato da note trasmesse dalle ASP alla Regione entro quindici giorni da tali scadenze, indicando altresì il codice NSIS della CdC da utilizzare per identificare la struttura (modello STS 11).
3. Il raggiungimento di tali obiettivi costituisce obiettivo 2025 per i Direttori Generali e, a cascata, per i Direttori sanitari e amministrativi delle Aziende sanitarie provinciali.
4. I gruppi di lavoro locali, ed i relativi coordinatori, sono individuati quali responsabili operativi dell'attuazione dei predetti obiettivi.

Art. 2 Standard ed elementi qualificanti della Casa della comunità HUB

1. La completa attivazione delle Case della Comunità pilota richiede il possesso degli standard riportati nell'allegato 2 del DM 77/2022.
2. Per l'avvio *sperimentale* e *progressivo* della fase di sperimentazione si individuano di seguito gli standard essenziali e qualificanti che saranno presenti dal 1° gennaio 2025:
 - a. Funzionamento H24 7gg/7
 - b. Presenza medica del medico di medicina generale del ruolo unico H24 7g/7 in attività su base oraria.
 - c. Presenza infermieristica almeno h12 g/7, raccomandato H24/7
 - d. Ambulatori specialistici per condizioni croniche a maggior prevalenza, previa analisi dei bisogni locali di salute, e presa in carico anche mediante iniziative proattive
 - e. Presenza del PUA, condotto congiuntamente con il Servizio sociale degli enti locali, sulla base di accordi esistenti o da stabilirsi. Presso il PUA opera l'Unità di valutazione multidimensionale, anch'essa integrata con il Servizio sociale degli Enti locali per le situazioni che richiedono erogazione di servizi e prestazioni da parte dei due Enti; l'UVM formula i Progetti assistenziali individuali.
 - f. Punto prelievi e POC
 - g. Diagnostica di base (allegato1)¹
 - h. Collegamento al CUP aziendale per la prenotazione di prestazioni

¹ Ferma restando la dotazione già esistente di altre apparecchiature

- i. Forme di partecipazione attiva della comunità tra le quali l'attivazione di un Comitato per la Partecipazione composto dai rappresentanti degli organismi di sussidiarietà civica costituiti nelle Aziende Sanitarie Provinciali e da professionisti dedicati e formati.

Art. 3 Modalità di funzionamento

- a. Attività del medico di medicina generale del ruolo unico in attività su base oraria: svolge attività di medicina proattiva su target selezionati di assistiti dai Medici delle AFT di appartenenza, visita i pazienti con bisogni sanitari anche occasionali, richiede esami e consulenze specialistiche disponibili localmente, esegue esami di base con la diagnostica disponibile, compila la scheda ambulatoriale informatica o, se non disponibile, cartacea.
- b. La CdC ospita forme organizzative della medicina generale, che operano ad attività oraria.
- c. Attività dell'infermiere: svolge attività di prima valutazione del bisogno, di assistenza, di gestione di casi complessi (case manager) e di medicina di iniziativa (chiamata proattiva di gruppi di pazienti). Interagisce con il servizio ADI e può farne parte (al di fuori dell'orario di copertura), compila la scheda ambulatoriale informatica o, se non disponibile, cartacea. È raccomandata la presenza di almeno un IFoC nei turni diurni;
- d. Attività del PUA e della UVM: il front office del PUA fornisce informazioni e orientamento ai servizi sia sanitari sia sociali, stabilisce contatti con la COT secondo gli indirizzi regionali forniti per quest'ultima; presso il PUA opera l'unità valutativa multidisciplinare integrata con i Servizi sociali degli enti locali;
- e. Lavoro di equipe: l'equipe medico-infermieristica opera congiuntamente, valutando i pazienti, erogando l'assistenza, redigendo procedure/istruzioni tecniche, esaminando la casistica trattata almeno ogni 15 giorni. L'equipe minima è composta dal medico del ruolo unico, dall'infermiere e dallo specialista (territoriale o ospedaliero); ove disponibile, opera nella CdC, lo psicologo di base;
- f. Assistente sociale: la presenza deve assicurare la copertura di almeno 18 ore settimanali; opera anche nel PUA e nella UVM, lavora congiuntamente ai servizi sociali degli Enti locali di riferimento, condividendo le stesse informazioni;
- g. Collegamento alla COT e, anche per il suo tramite, agli ospedali presidio e azienda nonché a tutti gli altri servizi territoriali.

Art. 4 Dati clinici e FSE

I dati clinici sono rilevati su schede individuali informatizzate e ove non disponibili, cartacee; vi hanno accesso gli operatori che prendono in cura direttamente i pazienti. Sono osservate le misure di sicurezza privacy aziendali.

Art. 5 Documentazione interna organizzativa (procedure)

Sono redatte e diffuse dalla Direzione aziendale e osservate nella CdC almeno le seguenti procedure interne:

- Accoglienza e informazioni presso il PUA; accesso ai servizi diagnostici e terapeutici della Casa di Comunità
- Primo contatto sanitario con infermiere formato al triage territoriale
- Prevenzione del rischio clinico, misure di prevenzione, gestione di eventuali urgenze incluso BLSD

- Gestione dei percorsi di continuità assistenziale per pazienti cronici e fragili
- Procedure previste dall'accreditamento ADI
- Registrazione e messa a disposizione dei sanitari dei dati clinici
- Pianificazione e attuazione di interventi di promozione della salute e prevenzione primaria
- Modalità di attivazione rapida del 118, trasporto sanitario e di consulto e scambio di informazioni cliniche con l'ospedale di riferimento
- Gestione e formazione continua del personale della Casa di Comunità
- Raccolta e risposta ai reclami.

Art. 6 Ruoli e responsabilità

Il Direttore di Distretto designa il *responsabile organizzativo* della Casa della Comunità, con competenze gestionali ed organizzative, che coordina funzionalmente l'andamento operativo giorno per giorno delle attività di tutti i professionisti operanti, coinvolge la comunità e le associazioni, rileva e trasmette i dati di monitoraggio.

Il Direttore di Distretto istituisce un Gruppo di coordinamento composto dal responsabile organizzativo, il coordinatore infermieristico (ove non coincida con il responsabile organizzativo), l'assistente sociale, il coordinatore di UCCP, il referente dell'AFT o, nelle more della partecipazione di tali forme organizzative, un medico del ruolo unico operante nella CdC su base oraria.

Il Gruppo di coordinamento si riunisce ogni 2 settimane per valutare l'andamento delle attività e apportare o, ove necessario, proporre al Direttore di Distretto le azioni correttive e migliorative per la buona funzionalità della struttura.

Art. 7 Formazione del personale

Il personale operante nella CdC viene formato alla presa in carico del paziente ed al lavoro di equipe multiprofessionale nell'ambito del modello di assistenza primaria stabilito dal DM 77/2022.

Il personale medico ed infermieristico dispone delle competenze professionali adeguate anche a fornire risposte a situazioni cliniche di minima urgenza e bassa complessità.

Tali figure devono possedere tali competenze o ove necessario integrarle, ad esempio mediante formazione sulle più comuni criticità cliniche trattabili in ambito extra ospedaliero e sulle tecniche BLS (corso obbligatorio).

È da favorire il ricorso, ove possibile, anche ad infermieri con esperienza di primo soccorso o di pronto soccorso.

Almeno un infermiere per ogni turno diurno è in possesso della qualificazione regionale o del master universitario per IFOC.

Art. 8 Comunicazione alla cittadinanza

L'Azienda sanitaria informa diffusamente la cittadinanza del bacino di utenza della CdC dell'avvenuta attivazione e dei servizi che vi operano.

Il responsabile della CdC organizza, avvalendosi del Comitato per la Partecipazione, incontri interni alla stessa struttura con le diverse espressioni della Comunità locale a fini informativi, formativi (in particolare sui temi della prevenzione e dei percorsi assistenziali) e partecipativi.

Art. 9 Monitoraggio e flusso informativo

Un set minimo di dati viene rilevato e trasmesso settimanalmente al Direttore di Distretto e da questi mensilmente alla Direzione aziendale che la invia alla Regione e ad Agenas. L'insieme minimo dei dati e i relativi formati sono descritti nell'allegato 2.

Allegato 1: strumentazione minima per la fase sperimentale

- Elettrocardiografo minimo 12 derivazione
- Monitor defibrillatore
- Ecografo
- Elettrocardiografo
- Holter pressorio
- Holter cardiaco
- Pulsossimetro
- Spirometro

Eventuali apparecchiature per telemedicina.

Allegato 2: minimum data set

Numero di prestazioni ambulatoriali mediche ed infermieristiche, numero di prelievi, numero di esami di diagnostica di base eseguiti

Numero di pazienti visitati nei turni mattino-pomeriggio-notte dal medico della CdC

Numero di pazienti arruolati proattivamente nell'ambito della medicina di iniziativa

Numero di chiamate al servizio 118 per trasporto urgente dopo accesso/contatto con infermiere/medico della CdC

Numero di utenti e di accessi in assistenza domiciliare

Numero di pazienti valutati dall'UVM integrata (operatori sanitari e sociali) e numero di PAI redatti

Numero di incontri con la Comunità o con Associazioni